



**CERTIFICAT MÉDICAL /  
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ  
Année 2017-2018**



**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON.**

**Au court des 12 derniers mois :**

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?  
**OUI**       **NON**
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  
**OUI**       **NON**
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  
**OUI**       **NON**
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?  
**OUI**       **NON**
- 5) Avez-vous arrêté la pratique du sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?  
**OUI**       **NON**
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  
**OUI**       **NON**

**A ce jour :**

- 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) et survenu durant les 12 derniers mois ?  
**OUI**       **NON**
- 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  
**OUI**       **NON**
- 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  
**OUI**       **NON**

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.**

Si vous avez répondu oui à une seule des questions, vous devez faire établir un nouveau certificat médical, même si le dernier certificat date de moins de 3 ans.

**Date :**

**Signature :**